

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°
1257

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Léon-Franc SOURDILLE

Né le 24 Aril 1916, à NANTES (Loire-Inférieure)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

A propos
d'un cas d'érythroplasie vulvaire

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Léon-Franc SOURDILLE

Né le 24 Aril 1916, à NANTES (Loire-Inférieure)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

A propos

d'un cas d'érythroplasie vulvaire

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie médicale et générale	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la pri	
Clinique des maladies des em	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encépnaie	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique de neuro-chirurgie	
Clinique cardiologie	
Assistance médico-sociale	

Professeurs sans chaire

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
MONDOR.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-
LAVASTINE.
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBoullet
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
CHEVASSU.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
TROISIER.
MATHIEU.
Clovis VINCENT.
LAUBRY.
N...
HAZARD.
HOVELACQUE
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
EENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et.	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.). ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique
FUNCK-	Pathologie chirurgicale.
FEY	Urologie.
GAILLARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{me} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
NEVEU-	
LEMAIRE..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale	
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL.....		
DONZELOT ...		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR- VAL-		
LERY-RADOT..		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROcq		
CADENAT		
GATELLIER		
MOURE		
QUENU		
VELTER		
ECALLE	} Clinique obstétricale	
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPE	Stomatologie.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*Témoignage de mon affection et de ma
profonde reconnaissance.*

A MA GRAND'MERE

A MES FRERES ET SŒURS

A MA FIANCEE

A MES ONCLES

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT SOURDILLE

Chevalier de la Légion d'Honneur
Directeur Honoraire de l'Ecole de plein exercice de Médecine
et Pharmacie de Nantes
Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux de Nantes

MONSIEUR CAMILLE SOURDILLE

Professeur de Philologie à la Faculté de Caen (*In Memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE SOURDILLE

Professeur de Médecine opératoire à l'Ecole de Médecine de Nantes

A MES ONCLES ET TANTES

A MES COUSINS ET COUSINES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de cette Thèse. En témoignage de notre respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR YVES BUREAU

Professeur de Clinique Dermatologique à l'Ecole de Médecine de Nantes
Dermatologiste des Hôpitaux de Nantes

*Qui nous a inspiré le sujet de ce travail,
en témoignage de notre respectueuse gra-
titude.*

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE NANTES

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVREUL

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILLEAU

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. SOURDILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAHUAUD

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUDIN

MONSIEUR LE DOCTEUR VIEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR GIROIRE

Internat :

MONSIEUR LE DOCTEUR POUMIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUTIER

A MES AUTRES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE NANTES

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT BUREAU

MONSIEUR LE DOCTEUR BIANCHI

MONSIEUR LE DOCTEUR MOINARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR JARROUSSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BARON

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGRAND

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARBONNEL

MONSIEUR LE DOCTEUR EOCHÉ-DUVAL

MONSIEUR LE DOCTEUR RELIQUET

MONSIEUR LE DOCTEUR RIOU

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX
DE NANTES

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION — GENERALITES — HISTORIQUE

Nous venons d'avoir l'occasion d'observer, grâce à la complaisance des Docteurs Leroux et Yves Bureau, un cas d'Erythroplasie vulvaire.

Cette affection, si elle n'est pas exceptionnelle, est cependant assez rare pour qu'il nous ait paru intéressant d'en faire l'objet de notre thèse et de rechercher à ce propos les cas d'érythroplasie parus dans la littérature médicale.

Ce terme même d'érythroplasie a été proposé en novembre 1911 par Queyrat, pour désigner une lésion du gland dont il publiait quatre observations : « Affection chronique caractérisée par l'apparition et la persistance de placards rouges indolores ou peu sensibles, s'accompagnant d'une légère infiltration de la dermo-muqueuse à épithélium stratifié des organes génitaux externes et pouvant, dans certains cas, évoluer vers l'épithélioma ». Il insistait déjà sur la fréquence de la syphilis dans les antécédents de ses malades, retrouvée trois fois sur quatre. Darier et Fournier, en 1893, avaient antérieurement décrit des lésions très voisines sous le nom « d'épithélioma papillaire cru » ou « épithélioma bénin syphiloïde ». Pour Darier, les lésions histologiques assez peu systématisées, consistent soit en une hyperplasie sans

dyskératose des bourgeons interpapillaires, soit en altérations dyskératosiques du type de la maladie de Bowen.

Depuis lors, l'érythroplasie a été étudiée, du point de vue histologique, par Louste, Cailliau, Hudelo (qui l'observe pour la première fois à la vulve), Richon en 1924; puis Nicolas, Massia et Rousset considèrent l'érythroplasie génitale comme une localisation muqueuse de la dermatose de Bowen.

Elle a fait l'objet de nombreux articles parus dans le *Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, dont on retrouvera la liste au chapitre de la Bibliographie, et de la thèse de Massot (Paris, 1931 : « Contribution à l'étude de l'Erythroplasie des organes génitaux », et d'une étude de Touraine, dans la *Presse Médicale* (14 novembre 1936).

Dans sa communication du 10 décembre 1936 à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie, M. Massot, à propos d'un cas d'érythroplasie de la verge, revient sur la dualité histologique du syndrome érythroplasique qui peut revêtir deux types, l'un d'hyperplasie simple, l'autre de métaplasie, correspondant au même aspect clinique. C'est l'opinion de Touraine (*Presse Médicale*, 14 novembre 1936), tandis que Civatte soutient une théorie uniciste (*Nouvelle Pratique Dermatologique*).

Quoi qu'il en soit, l'érythroplasie, rangée longtemps parmi les états pré-cancéreux, les « cancers en puissance », est considérée actuellement comme un véritable cancer à évolution lente, et la sanction thérapeutique justifie l'intérêt de son étude.

OBSERVATION INEDITE

(Docteurs LEROUX, Yves BUREAU, CASTAGNARY, DANO
et KOWALSKI)

Mme C..., âgée de 63 ans, cultivatrice, entre à la Clinique de l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 18 septembre 1939, envoyée par le Docteur Kowalski, pour des lésions vulvaires anciennes.

On ne relève rien dans ses antécédents pathologiques, sinon une opération de cataracte, à droite.

Mariée, son mari est en bonne santé. Elle a eu trois grossesses.

Il lui reste un fils de 37 ans, bien portant. Une fille est morte de grippe infectieuse à 12 ans. Enfin, elle a fait un accouchement prématuré : l'enfant, de six mois, n'a pas vécu.

Ménopause à l'âge de 43 ans.

Depuis une quinzaine d'années, la malade souffre de prurit vulvaire. Les démangeaisons légères au début, ne surviennent que la nuit; peu à peu, elles s'accroissent, se font ressentir même le jour, mais avec prédominance nocturne et entraînant parfois de l'insomnie. Elles sont exacerbées par la chaleur, calmées, mais de façon très passagère, par les lavages à l'eau bouillie.

Vers le mois de juin dernier, les démangeaisons diminuent, cependant que la vulve devient douloureuse et s'hypertrophie. En même temps, apparaît un écoulement blanc-jaunâtre, tachant et empesant le linge.

A son entrée, l'examen de la malade montre une vulve asymétrique, avec œdème chronique généralisé de l'ensemble de la vulve, prédominant au niveau de la grande et de la petite lèvres gauches. Cet œdème est assez dur et peu douloureux.

Le versant interne de la grande lèvre gauche présente, dans sa moitié inférieure, une zone érodée, granuleuse, qui s'étend en profondeur jusqu'à l'orifice vaginal, avec des parties déprimées, ulcérées, surtout dans les régions profondes, qui ne sont visibles qu'en écartant largement et difficilement les lèvres de la vulve. Cette zone ulcérée repose sur un plan résistant et infiltré.

Dans la partie supérieure de la grande lèvre gauche existe une zone d'un blanc nacré, picotée de quelques points rouges. Cette zone blanche s'étend sans discontinuité au niveau de la partie postérieure de la vulve, au capuchon du clitoris et au versant interne de la grande lèvre droite.

Le versant interne de la grande et de la petite lèvres droites est tapissé par une muqueuse cutinisée, épaissie, lencoplasique.

La petite lèvre droite présente les mêmes lésions d'ulcération que la grande et la petite lèvres gauches.

Le toucher vaginal ne révèle pas de lésion utérine, ni d'annexite. La muqueuse vaginale est absolument saine.

L'examen au speculum, difficile, confirme l'intégrité du vagin et du col utérin.

Il n'existe pas de ganglion au niveau des petites lèvres. On note l'absence complète d'adénopathie inguinale et crurale.

Par ailleurs, l'examen clinique est normal.

La tension artérielle est de 18-12 au Vaquez.

Le taux de l'urée sanguine est normal.

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Un examen dermatologique est pratiqué dix jours plus tard par le Docteur Yves Bureau. A ce moment, les lésions vulvaires consistent en des plaques rougeâtres siégeant principalement à gauche et débordant jusque sur la face interne de la cuisse gauche.

La grande lèvre gauche, gonflée, très augmentée de volume, est le siège d'un œdème notable, assez dur.

Les ulcérations sont très superficielles, mais légèrement bourgeonnantes et saignantes, la malade accuse un léger suintement.

A la partie supérieure de la grande lèvre gauche, on retrouve une zone de lencoplasie.

A la partie inférieure de la grande lèvre gauche, le bourgeonnement est plus marqué et la palpation perçoit une induration très nette.

Au niveau de la grande lèvre droite, les lésions sont beaucoup moins développées et siègent principalement à la partie supérieure. La zone clitoridienne est également atteinte. Point important à signaler : il n'y a aucune trace de lésion destructive.

Enfin, ce nouvel examen n'a décelé aucune adénopathie.

La biopsie, faite entre temps, a permis au Docteur Castagnary, Chef du Laboratoire d'Histologie et d'Anatomie Pathologique, à l'Ecole de Médecine de Nantes, de faire un examen histologique des lésions.

Examen histologique. — Epithélioma spino-cellulaire infiltrant à gros cordons très kératosiques : globes épidermiques parakératosiques et kératose monocellulaire. Au voisinage de la lésion, leucoplasie (épiderme corné et riche en éléïdine). (22 septembre 1939).

Ces résultats n'ont rien qui doivent nous étonner. On sait la variabilité des lésions histologiques de l'érythroplasie et la fréquence de leur évolution vers la dégénérescence néoplasique. Notre cas, dont le début remonte, on se le rappelle, à une quinzaine d'années, illustre cette constatation en montrant les lésions d'épithélioma spino-cellulaires. L'augmentation de l'éléïdine dans les couches superficielles est également une notion classique.

Le diagnostic clinique et histologique porté, d'érythroplasie vulvaire ancienne, en voie de dégénérescence épithéliomateuse, une sanction thérapeutique s'imposait.

Le Docteur Dano, vu l'extension de la lésion qui lui interdisait l'aiguillage au radium, a aussitôt commencé un traitement radio-thérapique sur les bases suivantes : dose érythème d'environ 2.000 R. internationaux sous filtration de 6 m/m d'aluminium répartie en cinq séances, d'une durée progressive de 6 à 20 ou 25 minutes.

ETUDE CLINIQUE

La plupart des descriptions cliniques d'érythroplasie semblent calquées les unes sur les autres, quelque en soit la localisation, quelque soit le sexe du malade.

Aussi peut-on dresser un tableau schématique de la lésion :

Il s'agit, en général, d'un placard unique, plus rarement de placards multiples, siégeant au niveau des organes génitaux de l'homme ou de la femme. Ses dimensions sont variables, allant d'une lentille à une paume de main, en moyenne d'une pièce de quarante sous; ces contours sont réguliers, arrondis, ovalaires, ou polycycliques; sa surface est rouge, brillante; les bords en sont marqués par le changement de coloration de la muqueuse ou, exceptionnellement, par une saillie de la lésion, au-dessus des tissus indemnes.

Au début de son évolution, la lésion n'est ni bourgeonnante, ni ulcéreuse, ni suintante; elle ne saigne pas. Elle ne s'accompagne d'aucune adénopathie (à moins d'infection secondaire surajoutée), est indolente spontanément, et même à la palpation. Elle est extrêmement prurigineuse, en particulier chez la femme, et cela sans association avec la diathèse diabétique. Après quelques années, un œdème dur vient souvent infiltrer la lésion, qui évolue très fréquemment

vers la dégénérescence néoplasique ; elle prend un aspect bourgeonnant, papillomateux, saignant et suintant légèrement, et la palpation révèle l'infiltration des tissus sous-jacents, indurés. Mais cette infiltration ne s'étend jamais très loin en profondeur. A cette période, l'adénopathie a été signalée, toutefois elle reste peu fréquente.

L'état général n'est pas touché.

TERRAIN. — Tels sont les caractères cliniques principaux de la plaque érythroplasique. Sur quel terrain évolue-t-elle ?

Le sexe. — Semble n'avoir pas d'importance.

58 % chez les hommes,

42 % chez les femmes,

d'après la statistique de Massot.

67,4 % chez les hommes,

32,6 % chez les femmes, pour Touraine.

L'âge. — C'est une maladie de la deuxième moitié de la vie. A part un cas de Queyrat (homme âgé de 30 ans), il s'agit d'individus s'échelonnant entre 43 et 78 ans, avec une fréquence maxima entre 50 et 60 ans.

Les antécédents syphilitiques. — Queyrat avait déjà insisté sur le rôle capital de la syphilis dans les antécédents des malades atteints d'érythroplasie génitale. Louste l'a retrouvée 5 fois sur 5, Massot 1 fois sur 2. Pour Touraine, la syphilis est avérée dans

57,7 % des cas, éliminée dans 17,8 % des cas, insuffisamment recherchée dans 24,5 % des cas.

Il s'agit, comme pour tous les cancers apparus chez les syphilitiques, d'une vérole ancienne, vieille de 15 à 20 ans, mal ou pas traitée.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Au début de son évolution, le placard érythroplasique sera rarement confondu avec d'autres affections.

Le placard d'eczéma chronique est prurigineux (mais l'érythroplasie, vulvaire surtout, présente souvent ce caractère, comme ce fut le cas chez notre malade). Il est couvert de squames, de crotelles, ses lésions se remanient, évoluent par poussées, et débordent les organes génitaux externes, et sont beaucoup plus suintantes.

Le psoriasis et le lichen plan ne seraient discutés que dans les cas exceptionnels où ils se cantonnent aux muqueuses génitales. Les squames du psoriasis, même sur les muqueuses, sont pluri-stratifiées. Le lichen est formé de papules rouge-brunâtre, sèches, souvent ombiliquées et circonscrites.

Dans le granulome annulaire, les papules arrondies se disposent en anneaux.

Les diabétides, très suintantes, très prurigineuses, ont une évolution plus rapide.

Le lupus tuberculeux, rare sur les muqueuses, présente une marche extensive tendant à l'ulcération. Les lupomes se reconnaissent à leurs grains sucre d'orge.

Le lupus érythémateux a une atrophie cicatricielle centrale et des squames adhérentes.

Le chancre syphilitique, passager, suintant, exulcéré, bien délimité, s'accompagne d'adénopathie.

Mais, les syphilides secondaires tardives, érythémateuses, d'évolution torpide, sont d'un diagnostic beaucoup plus délicat. Les réactions biologiques, l'épreuve du traitement seront nécessaires en l'absence d'autres manifestations syphilitiques concomitantes.

La leucoplasie n'est pas à discuter, mais peut co-exister avec l'érythroplasie, comme dans notre observation.

Dans tous les cas douteux, on aura recours à la biopsie. Lorsque la dégénérescence cancéreuse s'est produite, le diagnostic clinique est impossible, parfois l'interrogatoire bien conduit révélera l'érythroplasie. A ce stade, l'examen histologique et le traitement sont identiques, que l'épithélioma ait été ou non précédé d'érythroplasie.

ANATOMO-PATHOLOGIE

Ainsi serons-nous toujours amenés à rechercher, grâce à une biopsie, le diagnostic histologique de l'érythroplasie.

Si la physionomie clinique est univoque, histologiquement, l'érythroplasie est moins nettement définie.

Comme l'a montré Touraine, à qui nous empruntons l'essentiel de cette étude histologique, elle est réalisée par deux syndromes anatomiques bien individualisés dans leur forme typique : l'hyperplasie simple et la métaplasie; mais ces deux types purs sont reliés par de nombreuses formes intermédiaires.

En outre, la fréquence de la cancérisation vient encore bouleverser l'architecture cellulaire.

HYPERPLASIE SIMPLE

L'architecture générale de la peau est troublée, mais sans lésions cellulaires caractéristiques (dans 36,6 % des cas). La lésion est essentiellement l'*Acanthose*. Les papilles dermiques étirées, minces, rectilignes, arrivent très près de la surface de la peau dont elles ne sont séparées que par 3 ou 4 assises de cellules malpighiennes. L'épiderme paraît trois

ou quatre fois plus épais que normalement, car les bourgeons ont tendance à perdre leurs filaments d'union (desmolyse), à devenir ovoïdes ou fusiformes, à se tasser sans ordre. Les altérations qui caractérisent la forme métaplasique font défaut ou se réduisent à quelques cellules dyskératosiques en ségrégation.

Le derme montre presque toujours une infiltration plasmo-lymphocyclique qui prédomine autour des vaisseaux. Ceux-ci, un peu dilatés, sont souvent atteints d'endopérivascularite discrète. On note aussi une surcharge conjonctive et parfois une légère éosinophilie (Moberg), de l'histiocytose (Louste).

Ces lésions sont donc très voisines de celles de la leucoplasie à la kératinisation près : « L'absence de kératohyaline fait la lésion rouge de l'érythroplasie » (Pautrier).

METAPLASIE

En plus de l'hyperplasie précédente, il existe des lésions cellulaires importantes, du type des dyskératoses (50 %). Cette variété suivant la prédominance de certaines lésions cellulaires est rangée tantôt dans le cadre de la maladie de Bowen, tantôt dans celui de la maladie de Paget.

Dans 41 % des cas, les lésions dominantes sont celles de la maladie de Bowen, avec cellules à noyaux anormaux en poïkilocaryose, bourgeonnants, bosselés, fragmentés, multiples, géants ou monstrueux. Elles

sont, en général, interprétées comme déjà cancéreuses depuis Pautrier, Nicolas et Hudelo.

Dans 16,4 % des cas, les lésions dominantes sont celles de la maladie de Paget avec ségrégation et grandes cellules de Paget. En réalité, ces deux types de métaplasie se combinent souvent en forme mixte, au point qu'on hésite pour classer certaines observations, comme celles de Tashiro, de Leigheb. Aussi, pensons-nous, avec Rousset et d'autres, que ces deux syndromes histologiques ne sont que des variétés du même processus de métaplasie dyskératosique. Seule, la prédominance de certaines lésions cellulaires, les fait habituellement ranger soit dans la maladie de Bowen, soit dans celle de Paget.

FAITS DE PASSAGE

De nombreux types intermédiaires existent entre l'hyperplasie simple et la métaplasie dyskératosique. Toute érythroplasie hyperplasique renferme quelques cellules dyskératosiques, négligeables par leur rareté. Mais celles-ci deviennent souvent de plus en plus nombreuses avant d'atteindre la densité qui caractérise les maladies de Bowen ou de Paget. Ces états intermédiaires deviennent alors difficiles à étiqueter.

En pratique donc, les deux types histologiques d'érythroplasie se combinent très souvent et coexistent parfois avec des lésions leucoplasiques, observées d'ailleurs sur le même terrain : chez d'anciens syphilitiques.

EVOLUTION HISTOLOGIQUE

Quel que soit le type initial de la lésion, avec le temps, elle évoluera presque fatalement vers la dégénérescence maligne.

Si la lésion primitive se range dans la catégorie des hyperplasies simples, la cancérisation s'observe dans 12 cas sur 22. L'épithélioma reste typique, spino-cellulaire (10 fois sur 12), rarement il est métatypique, avec des globes cornés parakératosiques (2 fois sur 12), (Louste).

Les lésions métaplasiques de l'érythroplasie, plus anarchiques, sont déjà considérées comme cancéreuses par Pautrier, Nicolas et Hudelo. L'épithélioma qui dérive de la forme « maladie de Bowen » est, dans 36 %, des cas, de type Bowénien, avec les mêmes altérations cellulaires dans un tissu dont la structure est celle des épithéliomas baso-cellulaires.

Le cancer qui suit, dans 40 % des cas, la forme pagétoïde, conserve les mêmes caractéristiques cellulaires. Les cellules de Paget sont nombreuses, les bourgeons conservent l'architecture des épithéliomas baso-cellulaires.

Si l'on tient compte des cas non suivis, la cancérisation est beaucoup plus fréquente que les statistiques ne semblent l'indiquer.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic de l'érythroplasie découle de sa nature histologique. Il s'agit, pour la plupart des auteurs modernes, d'une néoplasie muqueuse d'évolution lente. C'est donc la biopsie qui nous renseignera sur le stade évolutif de l'affection.

Si le pronostic de la maladie abandonnée à elle-même est fatal à plus ou moins longue échéance, il est modifié favorablement par la thérapeutique.

Les traitements topiques banaux sont absolument inefficaces.

La thérapeutique anti-syphilitique qui paraîtrait logique en raison de la fréquence de la syphilis dans les antécédents des malades, a fait faillite.

La valeur de l'ionisation à l'arsenite de potassium (Louste, Léon Fraenkel et Juster) est contestée.

La cryothérapie serait indiquée si l'élément était récent, petit, non infiltré (Brinitzer).

Actuellement, les opinions sont partagées entre l'ablation chirurgicale, la radiothérapie, la curiethérapie et l'électro-coagulation.

Les premiers malades de Darier et Queyrat, traités chirurgicalement, n'évitèrent pas les récides.

Mais Darier et Civatte affirment que l'érythroplasie est très souvent, comme la maladie de Bowen, rebelle

aux rayons X. Aussi, recommandent-ils l'exérèse chirurgicale, large et précoce, ou, si cette dernière est impossible, l'électro-coagulation préconisée par Petges, qui serait la méthode de choix quand la destruction n'expose pas à une trop grande perte de substance (Touraine).

La curiethérapie, en cas de lésion peu extensive, a ses partisans, qui s'arrêtent à l'aiguillage.

Enfin, la radiothérapie, à côté d'échecs notoires (Louste), a enregistré aussi des cas favorables (Pautrier). Mais il faut alors employer des doses suffisantees (Nicolas), soit étalées en plusieurs séances, soit, selon la technique de Coste : soit en une séance unique de 4.500 à 5.000 R. sans filtre, avec un rayonnement de pénétration moyenne.

Presque tous les dermatologistes ont renoncé au curage ganglionnaire.

Il faudra surveiller le malade pour dépister et traiter immédiatement, par la radiothérapie ou toute autre méthode, les récides toujours possibles.

CONCLUSIONS

I. — L'érythroplasie des organes génitaux est caractérisée par des lésions chroniques des muqueuses apparaissant chez des gens âgés et bien définies cliniquement par des placards indolents et nettement limités sur la muqueuse qui est rouge, veloutée, granuleuse.

II. — Du point de vue histologique, l'érythroplasie est une papillomatose qui peut revêtir des aspects intermédiaires entre deux types bien déterminés : l'hyperplasie simple avec acanthose et la métaplasie dyskératosique qui, selon les cas, tend soit vers la maladie de Bowen, soit vers la maladie de Paget.

III. — Cette affection, fréquente chez les syphilitiques anciens, insuffisamment ou non traités, évolue lentement vers la dégénérescence épithéliomateuse spino-cellulaire.

IV. — Le traitement doit viser à obtenir la destruction de la néoplasie et pourra faire appel soit à l'élec-

tro-coagulation, soit à l'exérèse chirurgicale, large et précoce, soit à la radiothérapie, à doses suffisantes, ou à la curiethérapie. Il faudra surveiller les récides et les traiter.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

BARBIER (G.). — Troisième Congrès Derm. et Syph. de langue française. Bruxelles, 25-28 juillet 1926. *Presse Médicale*, 19 mars 1927, n° 23, p. 360.

— *Marseille Médical*, 5 juillet 1928, 3.

CIVATTE (A.). — *Nouvelle Pratique*, 1936, 6, 636 (Masson).

DARIER (J.), LEMAITRE, MONNIER. — Soc. fr. p. étude cancer. Avril 1924, 13, n° 4.

FABRE. — Réunion derm. Strasbourg, 1932, 897.

FOURNIER (A.) et DARIER (J.). — Soc. fr. Derm. et Syph. 18 mai 1923, 324.

FREUND (H.). — *Arch. fr. Derm. und Syph.*, 1933, 167, n° 2, 401.

HUDELO (L.) et CAILLIAU. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 1933, n° 9, 813.

HUDELO (L.), OURY et CAILLIAU. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 6 avril 1922, 139.

JESSNER. — *Arch. fr. Derm. und Syph.*, 1921, 134, 361.

KOLB (A. von). — *Dermatol. Woch.*, 21 janvier 1939, 93, n° 3, 96.

LAMBLIN (J.). — *Thèse de Lille*, 1924.

LEIGHEB. — *Giorn. Ital. di Derm. e Sifil.*, décembre 1928, 1566.

- LORTAT-JACOB. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 juin 1930, 666.
- LOUSTE (A.), CAILLIAU et MORANI. — Erythroplasie génitale, *B. S. F. D.*, 1925, p. 227.
- LOUSTE (A.), CAILLIAU et VANNIER. — *Soc. fr. Derm. et Syph.* Erythroplasie, 16 mai 1929, 438.
- LOUSTE (A.). — *Soc. fr. D. S.*, 11 juillet 1929, 631.
- LOUSTE (A.), CAILLIAU et RACINE. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 juin 1930, 663. Erythroplasie.
- LOUSTE (A.), LÉVY-FRANKEL et CAILLIAU. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, avril 1931, 641. Erythroplasie.
- MASSOT. — *Thèse*, Paris, 1931.
— *B. S. F. D.*, 1936, p. 1856.
- NICOLAS (J.), MASSIAT (G.) et ROUSSET (J.). — *Ann. de Dermat. et Syph.*, novembre 1930, 1113.
- PAUTRIER (L.-M.). — *Bruxelles Médical*, 11 novembre 1928.
- PAUTRIER et WRINGER. — Réunion Dermat. Strasbourg 12 juillet 1931, 1241.
- QUEYRAT. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 novembre 1911, 378.
- RICHON (L.). — *Thèse*, Paris, 1924.
— *Ann. Derm. et Syph.*, mars 1925, 191.
- ROUSSET (J.). — *Thèse*, Lyon, 1931.
- SÉZARY. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 avril 1932, 514, 12, 12 mai 1932, 605.
- SÉZARY (A.), HERMITZ et LÉVY-COLLET. — *B. S. F. D.* Erythroplasie, 1932, p. 605.
- SULZBERGER (M.). — *Arch. of Derm. et Syph.*, 1932, 26, 1124.

- *Arch. of Derm. et Syph.*, 1933, 27, 688.
- *Arch. of Derm. et Syph.*, 1933, 28, 698.
- SZATHMARY (S.). — *Dermat. Woch*, 26 janvier 1929, 88, n° 4, 117.
- TASHIRO (B.). — *Acta Dermatol.*, juillet 1928, 12, 301, 95 (Kyoto).
- TOURAINÉ (A.). — *B. S. F. D.*, avril 1937.
- TOURAINÉ (A.), RENAULT (P.) et HESSE (J.). — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 9 juin 1932, 655.
- TOURAINÉ (A.), SOLENTE et RENAULT (P.). — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 février 1935, 339.
- TOURAINÉ (A.) et SOLENTE. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 mars 1936, 607. Erythroplasie.
- TOURAINÉ (A.), SOLENTE et GOLÉ. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 14 mai 1936, 1033.
- TOURAINÉ (A.), GOLE et SCÉMAMA. — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 juin 1936.
- TOURAINÉ (A.) et PHIPPS. — *B. S. F. D.*, avril 1937. Erythroplasie du gland, p. 127, 128.
- TOURAINÉ (A.). — *B. S. F. D.*, 1937. Erythroplasie balanopréputiale, chez un syphilitique, 685, 686.
- Deux observations d'Erythroplasie du gland *Presse Médicale*, 8 juillet 1937.
- WEILL. — Un cas d'Erythroplasie. *B. S. F. D.*, décembre 1937.

TABLE DES MATIERES

Introduction. — Généralités. — Historique.....	13
Observation inédite	15
Etude clinique	21
Diagnostic clinique	25
Anatomo-pathologie	27
Pronostic et Traitement.....	31
Conclusions	33
Bibliographie	35



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE

